



Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura y costos, puede obtener los documentos del plan o términos de la póliza en members.cfhp.com o llamando al (877) 698-7032.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el <u>deducible</u> general?	\$0 por persona/ \$0 por familia	Vea la tabla que empieza en la página 2 para los costos de servicios cubiertos por este plan.
¿Hay otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?	Si, \$50 para cubrir los gastos de medicamentos recetados por persona. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los gastos hasta alcanzar la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar por los servicios cubiertos.
¿Hay un límite para los <u>gastos de mi bolsillo</u> ?	Sí. \$6,550 por persona \$13,100 por familia	El límite de desembolso es lo máximo que podría pagar durante un periodo de cobertura (normalmente un año) por su participación en el costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar para gastos médicos.
¿Cuáles son las <u>expensas que no cuentan para el límite de gastos del bolsillo</u> ?	Primas y cuidado médico es lo que este plan no cubre..	A pesar de pagar estos gastos, no cuentan hacia el límite anual de desembolso.
¿Hay un <u>límite anual</u> general para lo que paga el plan?	No.	La tabla que empieza en la página 2 describe las limitaciones que el plan pagará por los servicios cubiertos específicamente, tales como visitas al consultorio.
¿Tiene este plan una <u>red de proveedores</u> ?	Si, visite members.cfhp.com o llame al (877) 698-7032 para obtener una lista de proveedores participantes.	Si utiliza un doctor en la red u otro proveedor de cuidado de la salud , este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que el médico u hospital dentro de la red puede utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes utilizan el término dentro de la red, preferido o participante para los proveedores en su red . Vea la tabla que empieza en la página 2 para aprender cómo este plan paga a los diferentes tipos de proveedores.
¿Necesito un <u>referido para ver un especialista</u> ?	No. Usted no necesita una referencia para ver a un especialista.	Puede ver al especialista participante que usted elija sin permiso de este plan.
¿Hay algún <u>servicio(s) que el plan no cubra</u> ?	Si.	Algunos de los servicios que no cubre este plan se encuentran en la página 7. Consulte el documento de póliza o plan para obtener información adicional acerca de los servicios excluidos.



- **Copago** es una cantidad fija (por ejemplo \$15) que usted paga por los servicios médicos cubiertos, generalmente al momento de recibirlos.
- **Coseguro** es la parte que le corresponde pagar a usted por un servicio cubierto, que es un porcentaje de la **cantidad aprobada** para dicho servicio. Por ejemplo, si la **cantidad aprobada** por el plan para pasar la noche en el hospital es \$1,000, su coseguro será el 20% de esa cantidad o sea \$200. Esta cantidad puede cambiar si usted aún no ha pagado el **deducible**.
- El pago del plan por los servicios cubiertos está basado en la **cantidad aprobada**. Si un **proveedor** fuera de la red (que no pertenece a la red del plan) le cobra más de la **cantidad aprobada**, usted tendrá que pagar la diferencia. Por ejemplo, en un hospital que no pertenece a la red le cobran por pasar la noche internado \$1,500 la **cantidad aprobada** es \$1,000, usted tendrá que pagar la diferencia de \$500 (conocida como **saldo de facturación**.)
- El plan puede animarlo a que use **proveedores** participantes cobrándole **deducibles**, **copagos** o **coseguro** más bajos.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Consulta con su médico principal para tratar una condición o herida	\$25 copago	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Consulta con un especialista	\$40 copago	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Consulta con otro proveedor de la salud	No está cubierto	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas	Sin cargo	No está cubierto	—————Ninguno—————
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	20% coseguro	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Imágenes (CT/PET scan, MRIs)	\$100 copago más 20% coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
<p>Si necesita medicamento para controlar su enfermedad o condición</p> <p>más información sobre la <u>cobertura de medicamentos</u> está disponible en members.cfhp.com.</p>	Medicamentos genéricos	\$10 copago (no de mantenimiento), \$ 10 copago (mantenimiento); \$ 30 copago (pedido por correo o suministro de día extendido)	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
	Medicamentos de marca preferidos	\$35 copago (no de mantenimiento), \$45 copago (mantenimiento); \$105 copago (pedido por correo o suministro de día extendido)	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo. Nota: Si existe un medicamento genérico y decide comprar el medicamento de marca preferida, usted pagara el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferida y el genérico.
	Medicamentos de marca no preferidos	\$60 copago (no de mantenimiento), \$75 copago (mantenimiento); \$180 copago (pedido por correo o suministro de día extendido)	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo. Nota: Si existe un medicamento genérico y decide comprar el medicamento de marca preferida, usted pagara el copago genérico más la diferencia de costo entre el medicamento de marca preferida y el genérico.

Community First Health Plans: ERS

Duración de la póliza: 9/01/2016-8/31/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Todos Individuos Cubiertos | **Tipo de plan:** HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
	Medicamentos especiales	Si compro a través de una farmacia, el beneficio de farmacia aplica, de lo contrario, cobertura como un beneficio médico.	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (clínica)	\$100 copago más 20% coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
	Tarifa del médico/cirujano	20% coseguro	No está cubierto	—————Ninguno—————
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	\$150 copago más 20% coseguro	\$150 copago más 20% coseguro	Si es internado, copago se aplica al copago de hospital para pacientes internos.
	Traslado médico de emergencia	20% coseguro	20% coseguro	—————Ninguno—————
	Cuidado urgente	\$50 copago más 20% coseguro	No está cubierto	—————Ninguno—————
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	\$150/día copago por admisión más 20% coseguro	No está cubierto	\$750 copago máximo por admisión. \$2,250 copago máximo por año del plan por persona. Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
	Tarifa del médico/cirujano	20% coseguro	No está cubierto	—————Ninguno—————

Preguntas: Llame al (877) 698-7032 o visite members.cfhp.com. Si no entiende alguno de los términos utilizado en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (877) 698-7032 y pida una copia.

Community First Health Plans: ERS

Duración de la póliza: 9/01/2016-8/31/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios Cobertura de: Todos Individuos Cubiertos | Tipo de plan: HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios de salud mental y de la conducta	\$25 copago	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
	Servicios de salud mental y de la conducta para pacientes internados	\$150/día copago por admisión más 20% coseguro	No está cubierto	\$750 copago máximo por admisión. \$2,250 copago máximo por año del plan por persona. Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
	Tratamiento ambulatorio para el abuso de sustancias	\$25 copago	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados	\$150/día copago por admisión más 20% coseguro	No está cubierto	\$750 copago máximo por admisión. \$2,250 copago máximo por año del plan por persona. Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
Si está embarazada	Cuidados prenatales y posparto	Prenatal: Sin Cargo Posnatal: \$25 copago PCP; \$40 copago especialista	No está cubierto	Sin cargo para visitas al consultorio prenatal dentro de red o parto por obstetra.
	Parto y todos los servicios de internación	\$150/día copago por admisión más 20% coseguro	No está cubierto	\$750 copago máximo por admisión. \$2,250 copago máximo por año del plan por persona. Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.

Preguntas: Llame al (877) 698-7032 o visite members.cfhp.com. Si no entiende alguno de los términos utilizado en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (877) 698-7032 y pida una copia.

Community First Health Plans: ERS

Duración de la póliza: 9/01/2016-8/31/2017

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y los precios **Cobertura de:** Todos Individuos Cubiertos | **Tipo de plan:** HMO

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Sus costos si usted usa proveedores participantes	Sus costos si usted usa proveedores no participantes	Limitaciones y excepciones
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	20% coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
	Servicios de rehabilitación	20% sin visita a consultorio, \$40 más 20% coseguro con visita a consultorio	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
	Servicios de recuperación de las habilidades	20% coseguro	No está cubierto	—————Ninguno—————
	Cuidado de enfermería especializado	20% coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
	Equipo médico duradero	20% coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
	Cuidado de hospicio	20% coseguro	No está cubierto	Se puede requerir autorización previa. No haber obtenido autorización previa puede aumentar su costo.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista	\$40 copago/ visita	No está cubierto	Límite de un examen de rutina por año del plan por persona.
	Anteojos	Varia, \$125 subsidio	No está cubierto	Límite de un par cada 24 meses por persona.
	Consulta dental	No está cubierto	No está cubierto	—————Ninguno—————

Preguntas: Llame al (877) 698-7032 o visite members.cfhp.com. Si no entiende alguno de los términos utilizado en este documento, consulte el Glosario en www.dol.gov/ebsa/healthreform o www.cciio.cms.gov o llame al (877) 698-7032 y pida una copia.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para más información.)

- Acupuntura
- Inseminación Artificial
- Cirugía bariátrica
-
- Cirugía estética
- Cuidado dental (Adulto)
- Fecundación in vitro
- Cuidado de larga duración
- Cuidado no urgente al viajar fuera de los Estados Unidos
- Artículos de comodidad personal
- Programas de pérdida de peso
- Rutina para el mantenimiento de los pies

Otros servicios cubiertos. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan para otros servicios cubiertos y sus precios.)

- Audífonos
- Atención quiropráctica
- Enfermería Privada
- Cuidado de rutina de la vista

Su derecho para continuar con la cobertura:

Si pierde la cobertura bajo el plan, luego, dependiendo de las circunstancias, las leyes federales y estatales pueden proporcionar protecciones que permiten mantener la cobertura de salud. Los citados derechos pueden ser limitados en su duración y requerirán pagar una **prima**, que puede ser significativamente mayor que la prima que usted paga mientras cubierto bajo el plan. También pueden aplicarse otras limitaciones sobre sus derechos a continuar con la cobertura.

Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura, comuníquese con el plan (877)698-7032. También puede comunicarse con su departamento de seguros del Estado, el Departamento de Estados Unidos de la mano de obra, Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-877-267-2323 x 61565 o

www.cciio.cms.gov. **Su derecho a presentar una queja o una apelación:**

Si tiene una queja o no está conforme con una denegación de cobertura de su plan, puede **apelar** la decisión o presentar una **queja**. Si tiene preguntas sobre sus derechos, este aviso, o necesita ayuda comuníquese con: (877)698-7032 o visite members.cfhp.com.

Puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas para obtener información sobre las empresas, coberturas, derechos o quejas al 1-800-252-3439

Usted puede escribir al Departamento de seguros de Texas
P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
Fax (512) 475-1771
Web: <http://www.tdi.texas.gov/>
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.state.tx.us

¿Provee Cobertura Esencial Mínima esta Cobertura?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que la mayoría de las personas tenga cobertura de atención médica que cumpla los requisitos de ser “cobertura esencial mínima.” **Este plan o esta póliza ofrece cobertura esencial mínima.**

¿Satisface esta Cobertura el Estandar de Valor Mínimo?

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan médico. El estándar de valor mínimo es 60% (valor acuario). **Esta cobertura médica cumple el estándar de valor mínimo para los beneficios que provee.**

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos le muestran cómo cubriría el plan los servicios en situaciones distintas. Úselos para tener una idea de cuánta cobertura económica podría obtener el paciente del ejemplo de los distintos planes.



Ésta no es una herramienta de cálculo de costos

No use estos ejemplos para calcular los costos reales de su plan. Los servicios médicos que usted reciba y los precios pueden ser distintos a los mencionados en los ejemplos.

Para información importante sobre estos ejemplos, consulte la página siguiente.

Nacimiento (parto normal)

- El proveedor cobra: \$7,540
- El plan paga: \$6,060
- Usted paga: \$1,480

Ejemplos de los costos:

El costo del hospital (madre)	\$2,700
Atención de rutina del obstetra	\$2,100
El costo del hospital (bebe)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos	\$200
Radiografías	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deductibles (Receta)	\$50
Copagos (3 días de internación en hospital)	\$450
Coseguro	\$980
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$1,480

Nota: Estos números asumen que el paciente ha dado aviso de su embarazo al plan. Si usted está embarazada y no ha dado aviso de su embarazo, su costo puede ser mayor. Para obtener más información, póngase en contacto con: Unidad de Salud Preventiva al (877) 698-7032.

Control de la diabetes (control rutinario de la enfermedad)

- El proveedor cobra: \$5,400
- El plan paga: \$4,640
- Usted paga: \$760

Ejemplos de los costos:

Medicamentos	\$2,900
Equipo médico e insumos	\$1,300
Visitas al consultorios y procedimientos médicos	\$700
Educación sobre el cuidado	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deductibles (Receta)	\$50
Copagos (6 meses de insulina marca preferida y 4 visitas a consultorio de especialista)	\$430
Coseguro	\$280
Límites o exclusiones	\$0
Total	\$760

Nota: Estos números asumen que el paciente participa en nuestro programa de bienestar de la diabetes. Si usted tiene diabetes y no participa en el programa de bienestar, sus costos pueden ser superiores. Para obtener más información acerca del programa de bienestar de la diabetes, por favor póngase en contacto con: Unidad de Salud Preventiva al (877) 698-7032.

Preguntas y respuestas sobre los ejemplos mencionados:

¿Qué conceptos se presuponen de estos ejemplos?

- Los costos no incluyen las **primas**.
- Los ejemplos de costos están basados en los promedios nacionales provenientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. y que no son específicos para una zona geográfica o un plan.
- La afección del paciente no es una condición excluida ni preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos empezaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No hay otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos del bolsillo están basados solamente en el tratamiento del problema mencionado en el ejemplo.
- El paciente recibió todos los servicios de **proveedores** de la red del plan. Si el paciente hubiese recibido los servicios de **proveedores** fuera de la red, los costos hubieran sido más altos.

¿Qué muestra el ejemplo?

En cada ejemplo usted verá cómo suman los **deducibles**, **copagos** y **coseguro**. También le ayudan a ver cuáles son los gastos que tendrá que pagar usted porque no están cubiertos o porque el pago es limitado.

¿Contempla el ejemplo mis propias necesidades?

✗ **No**. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos. El tratamiento que usted podría recibir para esta condición tal vez sea distinto, según cuál sea el consejo de su médico, su edad, la gravedad de su caso y otros factores.

¿Puede el ejemplo predecir mis gastos futuros?

✗ **No**. Los ejemplos de cobertura **no** son herramientas de cálculo de costos. Usted no puede usar el ejemplo para estimar el costo del cuidado de su condición. El ejemplo es únicamente para fines comparativos. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio del **proveedor** y del reembolso que autorice el plan.

¿Puedo usar los ejemplos para comparar los planes?

✓ **Sí**. Cuando usted se fija en el Resumen de Beneficios y Cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, fíjese en el casillero titulado “Usted paga” de cada ejemplo. Cuanto más bajo el número, mayor será la cobertura ofrecida por el plan.

¿Debo tener en cuenta otros costos al comparar los planes?

✓ **Sí**. Un gasto importante es lo que paga de **prima**. Por lo general, cuanto más baja sea la **prima** mayores serán los gastos de su bolsillo, como los **copagos**, **deducibles** y **coseguro**. También debe tener en cuenta las contribuciones a cuentas tales como las Cuentas de Ahorros Médicos (HSAs), Acuerdos de Gastos Flexibles (FSAs) o las Cuentas de Reembolsos Médicos (HRAs) que le ayudan con los gastos del bolsillo.